UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1914 — N° .....

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

L'Hypertrichose

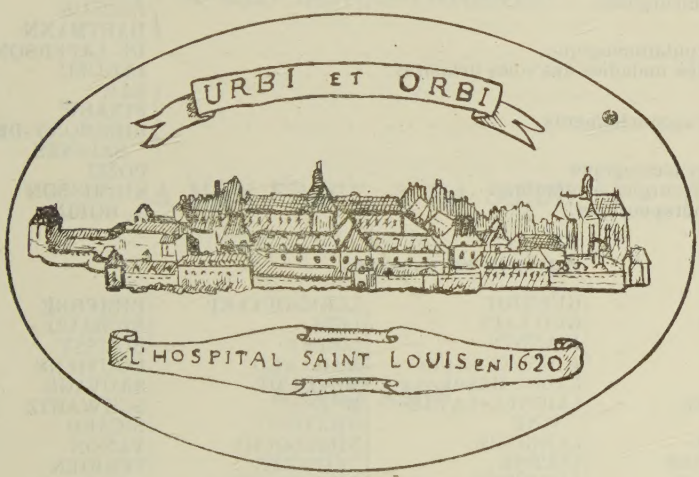
et

son Traitement

PAR

Mme MARCUS (née Miller)

NÉE A CHOTINE, LE 25 JUIN 1885



Président : M. le Professeur GAUCHER

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE (VI^e^)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	**M. LANDOUZY**
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantine	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LŒPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBECOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MONSIEUR ET MADAME MILLER

Affection profonde

A MES BEAUX-PARENTS

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON MARI

LE DOCTEUR D. MARCUS

Licencié ès-sciences

Mes sentiments les plus dévoués

A NOTRE FILLE CHÉRIE

A Monsieur le Professeur GAUCHER

Hommage de profond respect et de reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse et pour les conseils bienveillants qui nous ont aidée dans l'achèvement de ce travail.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/lhypertrichoseet0031mmem

AVANT-PROPOS

Se conformant à un usage établi depuis longtemps, l'étudiant, avant de quitter les maîtres de la Faculté, remercie tous ceux qui collaborèrent à son éducation médicale.

Nous saisissons avec empressement l'occasion que nous fournit ce modeste travail d'exprimer notre sincère reconnaissance à tous ceux qui nous guidèrent dans nos études.

Que M. le Professeur Rauzier, de la Faculté de Médecine de Montpellier, veuille bien accepter notre dette de reconnaissance envers lui. C'est grâce à lui que nous sommes arrivée à nous guider un peu dans notre art difficile. Il nous a appris à soigner et à aimer nos malades. Nous lui adressons l'hommage de notre respectueuse sympathie.

Nous ne saurions trop remercier M. le Professeur agrégé Jeanbrau pour la bienveillance et l'intérêt qu'il nous a toujours témoignés.

Nous avons encore une nouvelle dette de reconnaissance vis-à-vis de nos maîtres de la Faculté de Médecine de Paris, où nous avons terminé nos études.

Qu'ils reçoivent ici l'expression de notre hommage respectueux.

INTRODUCTION

Il y a plus d'un an que nous pratiquons le traitement de l'hypertrichose par l'électrolyse intrafolliculaire. Cette méthode de traitement est connue et appliquée avec succès depuis longtemps. Nous avons traité nous-même un grand nombre de personnes atteintes de cette anomalie disgracieuse ; nous avons pu apprécier les résultats de ce traitement et, jusqu'à présent, nous avons tout lieu d'être satisfaite de ces résultats.

D'autre part nous avons pu suivre les résultats du traitement de cette affection par les rayons X sur une personne de notre connaissance.

Cette question nous intéressant à un haut point, nous nous présentâmes à M. le Dr Albert Weil, l'innovateur de ce traitement. Ce dernier, avec une amabilité dont nous ne saurions trop le remercier, nous invita à venir à son service de Radiologie de l'hôpital Trousseau où nous avons pu constater

personnellement les effets de ce traitement sur divers sujets.

C'est sur son conseil que nous avons adopté, comme sujet de Thèse inaugurale, la question de « l'hypertrichose et de son traitement. »

Après quelques définitions et généralités sur l'hypertrichose, son étiologie et sa symptomatologie, nous aborderons la question de son traitement, la plus importante au point de vue pratique et qui nous permet de rapporter le plus d'observations documentaires, toutes personnelles et inédites, relatives au traitement par l'électrolyse.

Les deux cas d'hypertrichose traités par les rayons X, dont il est fait mention au cours de cet ouvrage, nous ont été communiqués grâce à l'obligeance de M. le Dr Albert Weil.

DÉFINITIONS - GÉNÉRALITÉS

L'hypertrichose (hyper trop, trikos cheveux) est une difformité causée par le développement exagéré du nombre et des dimensions des poils.

On distingue l'hypertrichose temporaire et permanente, généralisée et partielle.

L'hypertrichose temporaire peut apparaître à un moment de perturbation dans tout l'organisme, comme pendant la grossesse et disparaître au moment de l'accouchement.

L'hypertrichose généralisée se rencontre plus rarement On l'observe chez les peuples de la vieille terre d'Asie. Les Aïnos, à Jeso, au nord du Japon, ont la chevelure touffue, la barbe longue et le corps entièrement couvert de longs poils. Chez d'autres races, l'hypertrichose se rencontre plus rarement et les cas isolés qui se présentent sont notés comme des phénomènes : C'est ainsi qu'en 1873 on montrait l'homme-chien, dont le corps était couvert

de poils très longs et noirs. Plus tard, le Professeur Hardy a présenté à l'Académie de Médecine un cas semblable.

Quant à l'hypertrichose localisée acquise, on peut dire qu'elle est assez commune. Ce sont les cas d'hypertrichose localisée faciale qui figurent en première ligne dans les statistiques relatives à cette affection, sous des chiffres très approximatifs, le nombre exact des femmes atteintes de cette infirmité étant très difficile à connaître.

Le beau sexe arrive en effet avec un art qui le caractérise, à dissimuler cette infirmité qui atteint les extrémités des membres et surtout la face. On rencontre dans toutes les classes de la société des femmes atteintes d'hypertrichose. Les unes profitent de leur anomalie pour s'enrichir en se montrant en spectacle. D'autres, au contraire, sont, de par le rang qu'elles occupent, obligées de cacher leur infirmité. D'autres, enfin, dans les basses classes de la société, les marchandes des quatre-saisons par exemple, circulent dans les rues, vantant leur marchandise d'une voix forte et grave qui accentue l'air masculin que leur donne leur barbe ou moustache.

Une catégorie plus rare est celle des « femmes à barbe ». Ces dernières ont été signalées dès l'antiquité la plus reculée, telles Cybèle, mère des Dieux et des hommes, la Vénus Barbata, et, plus tard, la reine Hatshopiton, au XVIII[e] siècle, qui, mariée à un débile et faible d'esprit, prit les rênes du gou-

vernement. Sa barbe, qu'elle conservait entière depuis son jeune âge, lui donnait un air martial, grave et imposant.

On signale, au XVII[e] siècle, une paysanne flamande des environs de Lille qui, grâce à sa forte barbe, put entrer dans l'armée et gagner la lieutenance dans le régiment de Mercy. (1).

M. Oudin (2) décrit l'histoire d'un grenadier-femme, pourvue d'une longue barbe, qui participait à toutes les campagnes de Charles XII. Prisonnière à Poltawa, elle fut présentée au Tsar en 1709.

On raconte également qu'une femme à barbe accoucha sur le champ de bataille, le soir d'Iéna où Lannes, à la tête de 2.000 cavaliers du 10[e] sapeurs, avait attaqué les Prussiens : Profitant d'un physique trompeur, et entraînée par cet élan patriotique l'héroïne réussit à cacher son sexe qui ne fut jamais découvert,

Plus tard encore, en 1815, une nommée Marie-Madeleine Lefort se présenta à la Société de la Faculté de Médecine de Paris pour obtenir un certificat de son sexe. Sa féminité était réelle quoique sa barbe avait atteint 35 centimètres.

Toutes ces « femmes à barbes » sont des femmes célèbres et ne feront pas l'objet de notre étude. Il est d'ailleurs très rare que la barbe ou la moustache des sujets que nous avons à traiter dépasse trois ou quatre centimètres. C'est ce genre d'hypertrichose que nous avons à étudier.

(1). Dictionnaire des femmes célèbres.
(2). Recherches sur la barbe (Mercure Français, mars 1765).

ÉTIOLOGIE

Quelle est donc la cause de cette affection qui se rencontre si souvent et atteint toutes les classes de la société ?

On a invoqué plusieurs causes : les uns croient que la puberté peut amener une poussée des poils, entre autres perturbations. La barbe des femmes enceintes a été étudiée depuis longtemps. Selon Halban, elle serait le résultat d'une sorte d'endosecrétion placentaire et apparaîtrait au cours des premiers mois de la grossesse.

Un cas intéressant a été signalé par M. le Professeur Le Double dans son livre « Les Velus ». Il s'agit d'une barbe qui serait le résultat d'un accouchement dystocique : Une lombardaise, Marie Nekrass, après deux accouchements, l'un facile, à l'âge de 23 ans, l'autre dystocique, accompagné d'hémorragie, d'œdème, d'un état fébrile persistant, à l'âge de 24 ans, vit, à peine remise, apparaître des poils sur

sa poitrine, son dos, son abdomen, ses bras et ses jambes, en même temps que son menton se garnissait d'une longue barbe. Ses cheveux de la tête se mirent à tomber, son ventre grossissait au point qu'on l'a crue de nouveau enceinte. Depuis, ses règles ont reparu et son ventre a repris ses dimensions normales. Les quelques cheveux qui lui restent sont minces. Sa poitrine, son dos et ses extrémités sont revêtus de poils mesurant 4 à 5 centimètres et sa barbe, en dépit de tous les traitements connus qu'elle a essayés pour la faire disparaître, croît de jour en jour. Les accoucheurs de Nijni-Nowgorod qui l'ont successivement examinée n'ont remarqué chez elle aucune anomalie génitale.

La relation entre l'hypertrichose et la génitalité a été remarquée jusque chez les animaux.

Chez l'homme, le développement des poils sur le publis, au fond du creux axillaire et surtout à la face, coïncide avec l'époque de la puberté, au moment où les organes génitaux ont atteint leur complet développement.

D'autre part, on a souvent remarqué un état anormal du système pileux dans les cas de malformation des organes génitaux.

Cette relation n'est pas encore bien déterminée. On voit, d'après une enquête faite par M. Sabouraud, une contradiction aux exemples précités : des eunuques qui ne sont jamais chauves quoique le fonctionnement de leurs organes génitaux fasse défaut.

M. Percival insiste également sur ce fait dans « l'Œuvre chirurgicale », (Paris, I.1777.492), où il dit : « Dans les cas d'appareil génital insuffisamment développé, le système pileux est le plus souvent lui-même également peu développé.

Après la castration, en général, les modifications sont peu apparentes ; il faut d'ailleurs ajouter qu'il est fort difficile, tant au médecin qu'au malade, de fournir des données précises sur ce point.

Dans quelques cas, on relève cependant une diminution du système pilieux.

On voit également, dans quelques cas exceptionnels, survenir un développement pileux exagéré chez les femmes dont les ovaires fonctionnent mal.

Somme toute, il n'y a pas de règles absolues sur cette question : on voit le système pileux se développer sous l'influence d'un mauvais fonctionnement des glandes internes, alors que, dans d'autres cas, l'hypertrichose semble se développer indépendamment de ces dernières.

L'auteur précité a observé une poussée exagérée des poils, soit après l'ablation de l'utérus et de ses annexes, soit dans le cas de malformation des organes génitaux, et, enfin, dans le fonctionnement normal des mêmes organes.

La corrélation qui existe entre la *dentition* et le système pileux n'est pas non plus nettement déterminée : on remarque tantôt l'excès de ce système,

tantôt le défaut. Chez les uns, les poils manquent totalement ou en partie, et la dentition est incomplète. Chez d'autres, au contraire, on voit apparaître l'hypertrichose alors qne la dentition est complète.

M. le Double cite l'observation d'une personne chez qui les dents de lait ne tombèrent qu'à l'âge de 20 ans et ne furent remplacées que par un nombre limité de dents, les molaires étant restées absentes. Des deux enfants de cette personne, une petite fille, à l'âge de deux ans, présentait déjà l'hypertrichose généralisée, et ne posséda, pour toute dentition, que deux incisives, jusqu'à l'âge de 10 ans, auquel commença seulement la seconde dentition.

M. Jacquet, dans une leçon clinique publiée dans la « Presse Médicale » (XII 1906), insiste sur la relation qui existe entre la pelade et les lésions dentaires : Ce serait alors le phénomène contraire. M. Guéricke (1) a observé et cité des faits assez curieux : il mentionne un frère et une sœur chez lesquels l'absence totale des dents coïncidait avec une alopécie complète. Thurmann a observé de même deux cas d'absence de dents, alvéoles et poils, et il formule la loi suivante : « Quand on observe plusieurs anomalies sur le même individu, ces anomalies portent d'ordinaire sur les organes qui ont la même origine embryonnaire et dont le développement est synchrône. »

(1) Guéricke, Thurmann, cités par Féré, dans la » Famille névropathique » Paris 1898.

La *chasteté*, dit-on, est aussi une cause d'hypertrichose, de même qu'un long veuvage. On explique ce fait par l'hypofonctionnement menstruel, quelquefois même, la disparition complète des règles.

On a mentionné également des cas où l'hypertrichose semble avoir une relation avec les lésions des capsules surrénales ; on lui attribue même, dans ces cas, un caractère spécial : le collier de barbe bien développé et accompagné d'une petite moustache.

Enfin, l'hypertrichose serait encore en rapport avec les sécrétions ovariques, et on a même vu des cas où la coupure de la barbe était accompagée de douleurs ovariques atroces. De même d'après certains auteurs, l'insuffisance ovarienne aurait une influence sur la poussée des poils dans les régions normalement glabres.

La ménopause est une cause très fréquente de l'apparrition des poils sur le menton, aux coins des lèvres, constituant la moustache. On a observé ce fait chez les animaux, et on a vu de vieilles poules dont la tête se couvrait de crêtes de coq.

On a recherché si l'hypertrichose n'était pas un signe de dégénérescence, et on a dressé des statistiques pour comparer la proportions des femmes à barbe chez les aliénées et dégénérées avec celle des individus sains.

Notre statistique établie à l'asile d'aliénés de Clermont-de-l'Oise, où nous sommes interne, nous a donné les résultats suivants :

Sur les 590 femmes aliénées indigentes du service de M. le Dr Boiteux, nous avons trouvé en tout 75 atteintes d'hypertrichose partielle et dont 12 seulement ont de véritables barbes, à poils longs et frisés. Toutes les autres ont de petites moustaches, et sont d'ailleurs d'un âge avancé. Chez les véritables dégénérées comprises dans ce nombre global, nous n'avons trouvé que trois barbes et quelques petites moustaches, sur 51 épileptiques et 63 dégénérées. C'est l'hypertrichose dûe à la ménopause qui est la plus commune.

La statistique des hommes nous a donné un résultat plus intéressant : Il s'agit ici d'hypertrichose partielle, non plus faciale, mais des membres, des épaules, du dos et de la poitrine. Les chiffres l'emportent surtout chez les épileptiques, agités et dégénérés.

Ainsi, sur 96 agités et dégénérés, nous avons trouvé 45 sujets dont les épaules, le dos, le ventre ou la poitrine étaient couverts de longs poils mesurant de 7 à 10 centimètres. La section des épileptiques et dégénérés a donné 14 cas sur 56 malades.

Dans toutes les autres divisions, des mélancoliques, des travailleurs et des gâteux, les chiffres ne dépassent pas la moyenne de 5 o/o.

M. le Double, dans son livre « Les Velus », fait observer que l'hypertrichose est, en grande partie,

en rapport avec la force, la génitalité et la dentition.

Samson, renversant le temple de Dagon ne devait sa force, d'après la légende biblique qu'à sa chevelure abondante et très fournie. « Si l'on me coupait les cheveux, dit-il à Dalila, je perdrais ma force et deviendrais faible comme tout autre homme. »

L'hercule Chypriode, l'hercule gaulois, qui sont la déification même de la force physique, ont également, d'après les représentations qui nous en sont faites, le corps couvert de poils.

Hans Adam, baron Oxenstierne, né à Stokholm en 1529 et renommé pour sa vigueur, avait une barbe de « 6 pieds et 2 pouces de long. »

SYMPTOMES

L'hypertrichose peut revêtir diverses modalités selon les régions du corps qui en sont atteintés, selon l'abondance des poils, etc.

La région la plus souvent atteinte est la lèvre supérieure. L'aspect général se présente sous la forme d'un duvet fort, noir, parfois, de vrais poils.

L'hypertrichose se porte également sur les coins des lèvres, le menton, les joues et enfin les extrémités (avant-bras et jambes), le sillon entre les deux seins ou sur l'auréole du mamelon. Plus rarement sur les cuisses.

Dans tous les cas, cette affection ajoute quelque chose de disgrâcieux, de masculin, qui n'est pas bien esthétique pour une femme. Les personnes qui en sont atteintes en souffrent moralement et sont parfois l'objet de considérations désobligeantes. Cela peut leur porter préjudice, non seulement au point de vue moral, mais aussi au point de vue

matériel, les empêcher de se marier, par exemple, ou troubler la paix dans leur ménage.

On conçoit donc le grand intérêt que présente le traitement de l'hypertrichose, de débarrasser ces personnes de l'infirmité qui les afflige.

Les observations qui suivent nous montreront l'influence des divers traitements sur l'hypertrichose.

LES DIVERS TRAITEMENTS DE L'HYPERTRICHOSE

Les topiques, pâtes et poudres épilatoires ne donnent que des résultats négatifs. Ils produisent, de plus, des irritations quelquefois intenses, des intoxications parfois assez graves.

Les diverses méthodes d'arrachage des poils, d'injection de substances caustiques dans chaque follicule, de même que l'emploi du courant électrolytique pour faire pénétrer ces caustiques, n'ont pas non plus donné de résultats satisfaisants. Les poils ne repoussent plus, en effet, mais la peau est le siège d'escarres assez marquées.

Les seules méthodes curatives sont la radiothérapie et l'électrolyse.

LA RADIOTHÉRAPIE

Historique

La Radiothérapie était déjà pratiquée en 1891 par MM. Leky-Dore et Alleus-Sconberg qui étudièrent cette nouvelle methode de traitement. En 1896, Marcuse-Daniel et Delorme publièrent leurs travaux sur les Rayons de Röntgen.

On employait cette méthode de traitement dans plusieurs cas d'affections cutanées, telles que verrues plates, angiomes, loupes, etc. On pensa alors, avec raison, à employer la Radiothérapie pour le traitement de l'hypertrichose. Les premiers résultats ne furent cependant pas satisfaisants : les poils disparaissaient en effet, mais la surface de la peau exposée aux rayons X restait enflammée et aiteinte de démangeaisons.

C'est grâce au Dr Kienback que les rayons X fu-

rent mis sur la voie des applications scientifiques. C'est lui qui a démontré que les véritables effets thérapeutiques étaient dûs aux rayons de Röntgen eux-mêmes, et non aux décharges électriques, comme le pensaient M. Oudin et d'autres auteurs.

Ce sont MM. Schiff et Fremd qui ont définitivement adopté cette méthode comme moyen thérapeutiques, dès 1898.

Cependant, le procédé qu'employaient ces auteurs déterminait systématiquement de violentes radiodermites. C'est pourquoi M. Kohlrausch disait en 1904.

« L'hypertrichose du visage chez la femme ne doit pas être traitée par les rayons X, puisque, après une série de radiodermites du deuxième et du troisième degré, pour épiler la première fois et pour combattre la repousse, il survient une cyanose permanente ou une atrophie de la peau avec pigmentation et télangiectasies, et parce qu'après une séance normale un peu forte, de 4 à 6 h., peût apparaître tardivement l'atrophie cutanée qui va même encore en progressant pendant plusieurs mois. »

Cependant, le traitement de l'hypertrichose par les rayons X a, depuis, évolué. En 1905, M. le Dr Albert Weil, dans le « Journal de Physiothérapie », a exposé une technique qui produisait une guérison palliative, la chute temporaire et l'atrophie momentannée de la papille. Dans une première série de radiations, il faisait absorber à la peau atteinte d'hypertrichose une dose très faible de rayons, en

deux ou trois fois. Quelques temps après, quand la peau ne présentait aucune modification ni manifestation d'érythème, il recommençait de semblables applications, dès que la repousse se produisait.

C'est sur ce mode d'emploi de la radiothérapie que M. le Dr Albert Weil a insisté au Congrès de Liège, le 14 septembre 1905, auprès de M. Freund, de Vienne, et Koestler, de Wiesbaden. Il mentionnait certaines de ses malades qui n'ont eu besoin que de quelques applications par an pour se maintenir dans un état esthétique satisfaisant. C'était un traitement palliatif, mais inoffensif.

Plus tard, en 1906, le même opérateur s'est aperçu que ces résultats étaient plus satisfaisants s'il n'attendait pas la repousse et s'il continuait les applications tous les mois, pendant un an, en usant chaque fois de doses de rayons légèrement inférieures à la dose maxima reconnue inoffensive pour la peau. Il diminuait même la dose à mesure qu'augmentait le nombre de séances.

Après cette série d'applications, quelques séances moins rapprochées étaient encore nécessaires, pendant 6 mois environ, puis, par la suite, une ou deux par an.

Dans le cas où les malades ne peuvent pas suivre un traitement aussi long, et ne cherchent qu'un palliatif pour avoir moins recours à la pince, M. le Dr Albert Weil prétend avoir soulagé et diminué le nombre des poils de beaucoup, avec seule-

ment 2 ou 3 séances par an. C'est une guérison temporaire partielle.

En 1907, dans un article du Journal de Physiothérapie, le même auteur a exposé de nouveau sa méthode, sous le titre : « Comment doit-on traiter l'hypertrichose ». Il répondait à M. Bordier, qui venait de proposer une méthode basée sur la production systématique d'une radiodermite un peu intense. Il disait : « Je crois que toute radiodermite un peu intense mérite à coup sûr d'être abandonnée parce qu'elle oblige les malades à une claustration de quelques semaines et est susceptible de créer des lésions cutanées indélébiles, soit à court, soit à long terme. Ce n'est pas avec trois observations qu'on pourra saper cette opinion, et je n'oserait pas proposer à mes malades une thérapeutiqqe aussi radicale que celle vantée par M. Bordier, car je craindrais, non sans raison, que des cicatrices, des télangiectasies, des pigmentations anormales ne vinssent démontrer que le remède peut produire des lésions disgràcieuses pires que l'infirmité à combattre. »

Plus tard, en 1910, au 3e Congrès international de Physiothérapie, M. le Dr Albert Weil a déjà exposé la nouvelle méthode, qu'il a employée jusqu'ici, et qui consiste à filtrer les rayons par l'aluminium, lequel supprime la masse de rayons très courts, qui en se diffusant sur la surface cutanée, l'altèrent.

On interpose entre la source radiogène et la peau, à égale distance de l'anticathode et de la peau, une

lame d'aluminium de 7/10 de millimètre d'épaisseur et l'on fait absorber à chaque segment de peau atteint d'hypertrichose une quantité de rayons durs (numéro 6 ou 7 du radiochronomètre) — comptés après le filtre — égale ou légèrement supérieure à la dose nécessaire pour faire virer la pastille de platinocyanure de baryum de la teinte A à la teinte B ; on obtient ainsi, une quinzaine de jours après l'irradiation, une chute considérable de poils, mais qui n'est que temporaire.

Pour la rendre définitive, on recommence le traitement. Un mois après, et pendant six mois environ, on soumet à l'influence des irradiations, suivant le même procédé, les diverses régions couvertes anormalement de poils.

Au cours de ce traitement, il est indispensable de ne produire aucune radiodermite, aucun erythème ni pigmentation.

M. Albert Weil n'a observé, au cours des traitements qu'il a appliqués, qu'un seul cas de pigmentation des téguments, le gonflement temporaire des parotides et quelques douleurs dans les joues. Rien de bien grave comme complications immédiates ni tardives n'a été signalé par cet auteur.

ELECTROLYSE

L'électrolyse a été pratiquée par M. Le Fort Michel, de St-Louis, en 1875. Plus tard M. Brocq l'a vulgarisée en France.

M. Dubreuil a publié plusieurs travaux sur l'électrolyse intrafolliculaire et insista beaucoup sur ce mode de traitement de l'hypertrichose. On l'a, depuis, beaucoup pratiquée, mais il n'existe que relativement peu de publications à son sujet, étant données les conditions dans lesquelles on pratique cette opération. C'est, d'après M. Dubreil, une méthode de choix.

Les résultats sont, en effet, parfaits,sans la moindre réaction permanente, même superficielle, de la peau, sans pigmentation. Son seul inconvénient réside dans la longueur de ce traiiement.

L'électrolyse exige en outre une très grande patience de la part de l'opérateur et de l'opérée, et, lorsqu'il s'agit d'une barbe entière qui peut contenir

parfois de 20 à 30 mille poils, il ne faut pas compter moins de 100 séances (2 ans environ) pour en venir à bout.

Si l'opération est bien faite, la peau reste sans cicatrice ni pigmentation. Pour cela, il est un écueil à éviter, qui pourrait amener des inconvénients assez considérables : c'est d'employer un courant trop fort.

De plus, l'opérateur doit avoir une très bonne vue pour ne jamais faire fausse route avec la pointe de son aiguille et ne pas déterminer, par suite d'une piqûre d'une artériole ou veinule superficielle, une évacuation de sang dont la trace subsiste sous forme de petite rougeur. L'aiguille doit pénétrer dans chaque follicule avec douceur, droitesse, sans occasionner la moindre douleur.

Il est, en outre, nécessaire de savoir que la cliente qui vient trouver le médecin pour faire traiter son hypertrichose, ne se montre jamais dans toute son infirmité : le plus souvent, elle a arraché plus de la moitié des poils qui la déparent. Ceci est très important à connaître pour la raison suivante : après quelques séances, alors que l'opérateur a déjà enlevé une partie des poils, la repousse des poils arrachés à la pince se produit, et l'on a quelquefois l'impression d'avoir ajouté à l'infirmité plutôt que de la faire disparaître.

L'opérateur peut aussi avoir la même impression, s'il n'est pas sûr de lui, de même que l'opérée, si elle n'est pas prévenue. Il faut donc mettre en garde

les malades contre cette illusion que ce sont les poils travaillés qui repoussent, et leur faire comprendre que, pour cette raison, le résultat ne peut être visible qu'après un certain temps, selon la quantité des poils et la résistance individuelle que peut présenter chaque personne.

Il se présente parfois des poils à bulbe plein qui ont tendance à revenir plusieurs fois. L'opérée étant prévenue supportera le traitement avec plus de patience et permettra ainsi à l'opérateur d'atteindre un heureux résultat.

Dans certains cas, par contre, le poil se présente à la surface sans papille, prêt à tomber, alors qu'une autre papille se forme en dessous, favorisant ainsi la repousse. L'opérateur au courant de cette éventualité, pique profondément la papille et l'attaque vigoureusement.

Les observations que nous allons citer dans ce chapitre montreront, croyons-nous, d'une façon suffisamment claire que le traitement de l'hypertrichose par l'électrolyse est une méthode qui donne des résultats des plus satisfaisants au point de vue esthétique. C'est la seule qui ne laisse aucune trace sur la peau, laquelle, macroscopiquement et microscopiquement, reste intacte. Les complications tardives sont nulles, aucune douleur n'est ressentie et la coloration de la peau ne subit aucune atteinte.

Quant à la durée, parfois longue, de ce traitement, elle dépend naturellement de la résistance individuelle et de l'intensité de l'hyper-

trichose ; il y a des cas où 3 à 4 séances suffisent pour faire disparaître un petit bouquet aux coins des lèvres, 7 à 8 pour une petite moustache alors qu'il en faut un plus grand nombre pour une barbe entière. Mais nous verrons en outre que le traitement antérieur influe également beaucoup sur la durée du traitement par l'électrolyse.

Il nous reste maintenant quelques mots à dire sur le manuel opératoire de cette méthode.

Il est simple : l'électrode positive, large, est placée en un point quelconque du corps, dans la main, par exemple. Une aiguille en platine iridié, de 20 à 25 millimètres, est montée sur un petit cylindre à facettes qui sert à fixer le conducteur.

Cette aiguille, reliée au pôle négatif, est introduite le long du poil dans le follicule et en suivant bien sa direction. Le cathéthérisme et facile et dure 20 à 30 secondes. On enfonce l'aiguille jusqu'à ce qu'on éprouve une petite résistance, et l'on fait passer le courant pour cautériser et détruire la racine.

La pointe de l'aiguille doit, de préférence, être émoussée, de façon à ne pas faire fausse route. Elle peut également être coudée afin de servir de point de repère et permettre de juger de la longueur du follicule. Cela facilite en outre l'introduction de l'aiguille dans le sillon du poil.

Il est souvent inutile que l'aiguille soit isolée, cela gêne dans un grand nombre de cas pour pénétrer aussi profondément que le poil l'exige.

L'intensité du courant galvanique varie généralement entre deux et six milliampères, mais ne doit jamais dépasser 10 milliampères. Aussi bien l'appareil producteur du courant peut-il être très petit, d'un maniement commode et très facile à transporter.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

Mme M. C., âgée de 38 ans, vient nous consulter le 18 mars pour sa moustache assez visible et de gros poils de chaque côté du menton.

Elle est veuve depnis deux ans et prétend que sa barbe à commencé à pousser depuis cette époque. Elle nous raconte en effet que, ni à l'âge de sa puberté, ni pendant ses grossesses elle n'a constaté la croissance de poils. Elle s'est mariée à l'âge de 20 ans, s'est toujours bien portée, a eu trois enfants qui sont en vie. Aucune douleur pendant la période menstruelle ; aucune hérédité à signaler au point de vue de l'hypertrichose.

Quelques mois après la mort de son mari, survenue à la suite d'un accident, elle s'est aperçue que le léger duvet qui couvrait sa lèvre supérieure se transformait, sans cause appréciable, en un gros poil noir.

Elle se contenta tout d'abord d'arracher ces poils dis-

gracieux, mais ils devenaient de plus en plus forts, en même temps que d'autres apparaissaient sur le menton. Elle chercha à dissimuler cette infirmité comme elle put, et se décida enfin à se faire soigner :

Première séance, le 18 mars. Les poils sont raides, gros, noirs, très longs et résitants. L'électrolyse intrafolliculaire transforme cette personne au bout de 10 séances. Les poils ne repoussent plus que par places, mais ils sont courts, décolorés et très minces. L'épiderme est blanc par places, mais ne conserve aucune trace de la poussée antérieure : l'aspect du visage n'est plus disgracieux. Les séances sont suspendues par la cliente.

Vers le milieu de juillet, Mme M. C. nous revient pour faire épiler les derniers poils (le duvet, pour parler plus exactement) qui persistent. Nous la traitons pendant six séances encore. Le 3 septembre, nous la revoyons et elle nous informe que depuis la dernière séance, elle n'a eu à couper ni à arracher aucun poil. Il semble que tout processus doive être arrêté et que Mme M. C. est guérie.

OBSERVAVION II (personnelle)

Mlle Denise Ch., âgée de 36 ans, a toujours été bien portante, et n'a souffert d'aucune affection cutanée.

Vers sa trentième année, elle a vu peu à peu de gros poils noirs pousser sur les coins de sa lèvre supérieure. Elle les masqua par de fréquents lavages à l'eau oxygénée, puis, commença à les arracher à la pince, tout d'abord tous les deux jours enfin tous les matins. La peau s'altérait, devenait rouge, couverte de taches et d'une légère éruption. Enfin elle vint nous demander de la traiter par l'électrolyse.

Mlle D. Ch. se faisait traiter deux fois par semaine, pendant deux mois, soit au total 15 à 16 séances. Elle est actuellement presque complètement débarassée de cette infirmité. Sa peau est normale et ne porte aucune trace de rougeur, de pigmentation. Un léger duvet se rencontre par-ci par-là, mais il est presque invisible. L'usage de la pince ou de l'eau oxygénée est complétement abandonné.

Deux mois de traitement ont donc suffi pour la guérison. Par contre, dans certains cas, deux ans de traitement sont nécessaires.

OBSERVATION III (personnelle)

Mme B., âgée de 32 ans, mariée depuis l'âge de 18 ans, est devenue barbue peu de temps après son mariage. Ses lèvres, son menton et ses joues se sont couverts d'une barbe noire et frisée de trois centimètres de longueur. Elle fit « comme tout le monde », c'est-à-dire qu'elle arracha tous les matins les poils les plus gros. Au début, elle arrivait à dissimuler suffisamment cette infirmité. Mais, les poils poussant de plus en plus, elle se décida à se faire soigner par l'électrolyse intrafollicullaire. Après quatorze mois de traitement par une autre personne non médecin, cette dame est venue nous consulter et voici quel était son état à ce moment :

Un grand nombre de poils avaient disparu mais il restait à leur place des traces très marquées, de véritables cicatrices. Là où les poils existaient encore, la peau était moins atteinte. Nous avons continué le traitement pendant dix mois environ, à raison d'une fois par semaine, quelquefois

même, une fois tous les 15 jours, ce qui fait environ une trentaine de séances. Nous avons traité les cicatrices par le courant continu, suivi d'un massage facial, et la barbe par l'électrolyse intrafolliculaire. Le résultat est très satisfaisant et nous regrettons que sa situation sociale ne permette pas à cette personne de se montrer ou de se laisser photographier. Les poils ont disparu, l'aspect de la peau est convenable et l'expression d'ensemble est meilleure. Seul, un petit duvet subsiste, mais nous préférons ne pas y toucher car il faudrait un temps très long pour le faire disparaître.

Mme B., qui tient un commerce peut parfaitement se montrer à ses clientes sans aucun inconvénient. Elle est guérie et nous a elle-même autorisée à publier son cas.

Cette observation nous montre qu'une forte barbe nécessite un long traitement, et qu'un long traitement demande un bon opérateur. Une personne non exercée ou insuffisamment instruite sur le mode de ce traitement peut faire plus de ravages que de guérison. Il faut la responsabilité d'un médecin pour que cette opération puisse être menée à bien.

OBSERVATION IV (personnelle)

Mme K., espagnole de Madrid.

Antécédents héréditaires : toute sa famille est barbue. Elle ne tient même pas à se séparer de sa barbe et surtout de sa moustache, à cause de son caractère familial. Sur l'insistance de son mari, elle vient nous trouver le 28 mai pour soigner son infirmité.

Cette dame nous raconte que, depuis sa puberté, au moment où elle a commencé à se développer physiquement, sa lèvre supérieure s'est couverte de poils.

Elle a quelques poils au menton, et voudrait s'en débarrasser. Elle désire conserver sa moustache, tout au moins en grande partie.

Nous lui avons donné quatre séances pour sa barbe et une seule pour sa moustache, pour lui conserver, selon son désir, son empreinte familiale.

Elle est ensuite retournée en Espagne et nous a écrit au mois de septembre pour nous remercier et nous adresser une de ses amies qui désire se faire traiter pour la même affection.

Mme K. n'a vu repousser aucun poil ; elle n'a pas non plus eu à subir ce que nous appelons la « repousse obligatoire ». Il est vrai que cette personne n'a jamais arraché ni coupé ses poils. Nous signalons à ce sujet que nos meilleurs succès dans cette branche comptent parmi les cas où l'on n'a pas fait usage de pince ni de produits épilatoires, antérieurement au traitement. Plus on arrache les poils, plus les follicules semblent être excités. C'est dans ce cas que la repousse a le plus souvent lieu.

Nous croyons intéressanf, à ce sujet, de mentionner un autre cas, celui d'une personne qui, pendant plus de 14 ans a arraché ses poils. Son traitement semble être plus long, à cause des longues années de traitement à la pince.

OBSERVATION V (personnelle)

Mme L.. était toute jeune, pas même agée de 12 ans, lorsqu'elle a été réglée et a commencé à se développer. A la même époque, de petits poils décolorés ou blancs ont fait leur apparition sur la lèvre supérieure. Cette dame, étant bien blonde, parvenait cependant à les dissimuler avec de la crême.

Elle prétend avoir été obligée. dès l'âge de 18 ans, de les couper de temps en temps, à cause de leur longueur excessive. Elle dut ensuite intervenir plus souvent, et cette pratique devint bientôt journalière. La poussée augmentait à mesure que Mme L.. arrachait ses poils à la pince. Un jour elle se vit « toute en poils », car ses joues s'étaieut aussi couvertes d'une véritable barbe, peu marquée tout d'abord, mais assez nette, vue de près. Les poils étaient petits, mais de couleur plus foncée que celle de ses cheveux. C'est alors que le traitement à la pince était devenu obligatoire, et Mme L.. le pratiqua pendant 14 ans.

Elle entendit parler de l'électrolyse et de la radiothérapie. Après quelques hésitations quant au choix d'un de ces deux traitements, elle se décida pour l'électrolyse. Un médecin de son quartier, spécialiste pour cette affection, lui donna des soins. Elle vint nous trouver après 20 mois de ce traitement. Son état s'était déjà amélioré ; la peau était à

peu près intacte, mais la repousse se faisait continuellement, quoique avec moins de rapidité. Les poils se montraient moins longs et moins fournis, mais la patiente se plaignait d'avoir beaucoup souffert pendant et après l'opération. Le courant employé était sans doute trop fort ou le mauuel opératoire moins doux. Mme L. nous déclara vouloir essayer notre genre de traitement qui comprend un courant très faible; mais plus prolongé. (30 secondes pour chaque poil, sans jamais dépasser 3 à 4 milliampères).

Nous nous sommes entendu avec son médecin, « d'essayer pour voir si les poils repousseraient moins ».

Tout d'abord, Mme L... fut étonnée de ne ressentir aucune douleur, en même temps que ses poils tombaient. Cependant, la repousse continua pendant longtemps, et cette dame est encore actuellement en traitement.

Nous croyons pouvoir imputer la longueur de ce traitement aux 14 années d'arrachage à la pince. C'est un fait que nous avons pu observer maintes fois dans notre pratique assez courte cependant. Cette dernière observation nous le prouve d'ailleurs en partie.

Cette dame L... n'avait pas une barbe plus forte que celles que nous avons été à même d'observer, mais le résultat du long traitement à la pince a été de nécessiter un traitement par l'électrolyse de plus de deux ans, avec des séances assez fréquentes. (Mme L... allait chez son médecin de quartier 3 fois par semaine). Elle vint chez nous deux fois seulement par semaine, pendant un certain temps, et, actuellement, ne vient plus qu'une fois tous les 8 jours.

OBSERVATION VI (personnelle)

Mme de B..., américaine du sud, vient nous consulter le 7 mars pour une barbe assez abondante au menton, et une moustache petite, mais épaisse et à poils noirs, très visibles. Elle n'y a jamais touché, ni avec la pince, ni avec un rasoir, mais a commencé à se faire traiter par l'électrolyse en Amérique. De passage à Paris pour quelque temps, elle décida de se faire soigner à raison de 2 à 3 séances de trois quarts d'heure par semaine, et vit son état s'améliorer assez rapidement. Elle partit pour la Suisse à la fin du mois de juin et revint le 3 septembre. Son état était alors tellement satisfaisant que nous lui conseillâmes de s'abstenir de tout traitement. Mme de B..., n'a plus qu'un léger duvet sur le sillon sous-nasal, endroit très difficile à traiter parce que très douloureux. Ce duvet est d'ailleurs à peine visible.

Son menton est glabre et la peau intacte. Quelques petits poils fins, très espacés, apparaissent au-dessous du menton, mais, étant donné que Mme de B..., n'a pas de double menton, cela ne se voit pas du tout. Ces petits poils sont d'ailleurs décolorés et d'une longueur ne dépassant pas 1 à 2 centimètres.

Nous pensons que Mme de B..., doit sa prompte guérison à sa patience tout d'abord et ensuite à l'heureuse idée qu'elle a eu de ne pas arracher ses poils, pratique qui a pour inconvénient d'exciter le follicule, et, comme suite, d'augmenter la durée du traitement curatif.

Notre pratique n'est certes pas assez grande pour expliquer ce phénomène, mais il nous semble avoir observé une

résistance particulière des poils et une répétition exagérée des repousses chaque fois que les follicules ont été excités par l'arrachage des poils à la pince ou l'application de pâtes excitantes. Par contre, la guérison s'observe plus rapide chez la plupart des personnes qui n'ont jamais eu recours à ces procédés.

OASERVATION VII (Due à l'obligeance de M. le Dr Albert Weil)

Mlle N..., 20 ans, vient au service de radiologie de l'hôpital Trousseau, au début du mois de juin 1911, consulter le Dr Albert Weil.

Elles est atteinte d'hypertrichose du visage particulièrement accentuée aux lèvres et de part et d'autre du menton : ces regions sont couvertes de poils noirs et drus.

L'hypertrichose a débuté à l'âge de 14 ans, avec la puberté. Dès ce moment, Mlle N... a épilé à la pince ou coupé avec des ciseaux les poils qui la déparaient ; aussi à l'âge de 18 ans, les poils s'étaient tellement développés qu'ils formaient sur son visage des ombres des plus disgracieuses-

Mlle N... eut alors recours au traitement par l'électrolyse; mais les applications, faites par un opérateur inexpérimenté, furent très douloureuses et laissèrent, surtout aux lèvres, des cicatrices vicieuses, si bien que ce traitement fut vite abandonné par la personne.

Le traitement radiothérapique fut appliqué le 12 juin 1911. Les parties velues furent divisées en quatre régions : deux surmontant les lèvres et deux siègeant de part et d'autre

de la fossette mentonnière. Les deux premières furent délimitées avec une feuille de plomb d'un millimètre d'épaisseur dans laquelle était ménagée une ouverture de mêmes dimensions que le segment de peau à soumettre aux irradiations; au moment des séances, on appliqua le localisateur sur cette feuille de plomb. Les deux régions mentonnières furent simplement délimitées par la lumière d'un localisateur approprié qui emboitait exactement les segments à irradier. Lss 12, 13, 14 et 15 juin, les quatre régions furent successivement irradiées.

A la fin du mois de juin, sans qu'il y ait eu le moindre érythème précoce, les poils se mirent presque tous à tomber. Les 30 juin, 1er, 3 et 5 juillet, une deuxième série de séances fut donnée, dans les mêmes conditions que précédemment.

Le 22 juillet, la dépilation était totale et la patiente, en apparence, guérie. Une troisième série fut alors faite, en traitant, le 22 juillet, les deux régions des lèvres, et le 28, les deux régions mentonnières. Le traitement fut ensuite interrompu jusqu'au 14 septembre.

A cette date, quelques poils ont repoussé, mais, d'une façon générale, moins colorés qu'auparavant. Une quatrième série d'irradiations est appliquée, toujours à la même dose.

Les 16 et 17 octobre, nouvelles irradiations.

Du 17 au 21 novembre, 6e série d'irradiation.

La patiente revient le 27 décembre : la figure est presque glabre. Les lèvres, uniquement, sont soumises aux irradiations.

Le 5 février, l'état esthétique est des plus satisfaisants. On fait une nouvelle série, pour la 8e fois.

Du 15 au 19 mars, autre série d'irradiations.

A la fin du mois d'avril, dixième et dernière série.

La patiente est revue à la fin de juillet : le résultat est parfait, il n'y a ni poils ni lésions cutanées d'aucune sorte. En mars et juillet 1913, la patiente est toujours dans le même état, la guérison s'étant maintenue, sans aucune suite ennuyeuse.

Le Dr Albert Weil a signalé ce cas au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Nimes, en août 1912, et présenté les photographies des différentes phases du traitement.

OBSERVATION VIII (Dûe à l'obligeance de M. le Dr A. WEIL).

Mme J.... du Kremlin-Bicêtre, agée de 25 sns, vient au laboratoire de Radiologie de l'hopital Trousseau, le 20 janvier 1912, consulter le Dr Albert Weil.

Elle est atteinte d'hypertrichose des lèvres et du menton. Les poils ne sont pas épais, mais semblent plutôt un duvet fin, assez long, donnant à la figure un aspect disgracieux, qui rappelle le museau de la chèvre.

L'affection a débuté il y a huit ans. Mme J... s'est fait elle-même, il y a deux ans, des applications d'électrolyse qui n'ont eu d'autre résultat que de dèterminer des petites cicatrices sur les régions latérales du menton.

Les régions velues sont divisées en quatre segments ; pour assurer une bonne irradiation, chaque région est limitée par un protecteur de plomb dans lequel on a découpé une ouverture d'étendue exactement semblable au segment cutanée à irradier. Le protecteur de plomb est main-

tenu en place au moyen du localiseur, lors de chaque séance.

La première irradiation a lieu le 23 janvier (tube Chabaud rayons n°7 Benard, filtre de 1/2 millimètre, durée minutes 55" comptées après le filtre) sur le côté droit du menton. Les 24, 25 et 26, le côté gauche du menton et les lèvres sont successivement irradiés de la même façon.

La dépilation commence le 10 février. A cette époque, 2e série d'irradiations, répartie sur quatre jours consécutifs. Au début de mars, la peau présente une légère pigmentation qui n'empêche d'ailleurs pas une 3e série d'irradiations, qui a lieu du 20 au 23 mars.

Quatrième série d'irradiations du 20 au 24 avril. La pigmentation persiste, mais tous les poils des régions irradiées sont tombés.

Le 15 mai, au lieu d'irradier les deux côtés du menton, on fait une irradiation médiane pour soumettre aux rayons des poils qui avaient échappé au rayonnement. Les 16 et 20 mai, on irradie successivement les deux côtés des lèvres.

Sixième série d'irradiations du 21 au 25 juin. Septième, du 15 au 21 juillet, comprenant, comme les précédentes, quatre séances.

Le traitement est interrompu jusqu'au 15 octobre. A ce moment, la pigmentation à presque entièrement disparu et, seul, un éclairage intense de la peau permet de voir que les régions irradiées sont légèrement plus halées que les régions avoisinantes.

Une septième série d'irradiations est faite du 15 au 20 octobre, une huitième, le 20 novembre.

La patiente n'est revue que le 10 janvier 1913 : les poils n'ont pas repoussé. Une 9e série d'irradiations est faite.

Le 24 février 1913, nouvelle et dernière série (la dixième).

La patiente est revue en juin : la guérison s'est maintenue totale.

En octobre 1913, on aperçoit quelques poils dans le cou, mais en des régions qui ont toujours échappé aux irradiations. Leur présence est d'ailleurs peu gênante, puisqu'ils sont peu visibles. En tout cas, les régions qui ont été soumises aux irradiations sont glabres et la peau y est tout à fait intacte, à peine un peu halée.

CONCLUSIONS

L'hypertrichose localisée, acquise, est une difformité disgrâcieuse qui mérite d'être traitée.

Les pâtes épilatoires irritent la peau et peuvent même déterminer des lésions plus ou moins graves. Elles sont de plus notoirement inefficaces. Leur emploi est donc absolument à rejeter.

L'arrachement des poils, outre qu'il est douloureux, ne donne pas de meilleurs résultats que le traitement précédent : au bout d'un temps assez court, les poils réapparaissent, quelquefois même plus disgrâcieux, plus volumineux.

Les rayons X, entre les mains de quelques radiologistes, paraissent donner des résultats assez satisfaisants. Mais cette méthode de traitement offre quelques dangers comme la radiodemite, telangiectasie, atrophie de la peau, etc., pour peu que le dosage n'en soit pas fait avec unsoinet une minutie rigoureuses. Du reste, ce dosage ne paraît pas encore bien précisé à l'heure actuelle.

Le seul traitement vraiment efficace, admis et pratiqué partout depuis longtemps, c'est l'électrolyse.

Celle-ci consiste à détruire le follicule pileux par un courant galvanique à l'aide d'une aiguille introduite dans la profondeur de ce follicule et reliée au pôle négatif, l'électrode inactive étant reliée au pôle positif.

Vu : *Le Président de thèse*,
GAUCHER.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

GILBERT et THOINOT. — Nouveau traité de méd. et de thérap. art. hypertrichose, par le Prof[r] Gaucher.

AULAT. — Note sur un cas d'hypertrichose de la main. Loire méd. (St-Etienne 1888.)

BLANC (L). — Observations des poils hétérotopiques implantées sur la langue et sur la cornée. (Bull. Soc. d'anthropol. de Lyon 1892).

BRAND (A.). — Les hommes-chiens. (Rev. scient. Paris 1897.)

CRISTIANI (A.). — L'ipertrichosi faccialé nelle alienate nell ane di mente. (Arch. psichiat Torino 1892.)

TÉRÉ (C). — Note sur un cas d'hypertrichose de la partie inférieure du corps, chez un épileptique. (N. iconog de la Salpêtrière Paris 1893.)

HEGAR (A). — Abnorme Behaarung und uterus duplex. (Beitr. z. Geburtsch. u. Gynaek. Leipz 1898).

Joseph. — Partielle hypertrichose (Ibid. 1889).

Lesser (E). — Hypertrichosis universaliseines noch nicht ganz 6 jahtrigen Mochens. Verhand l. d. Berl. Geselsch f. anthrop. 1896.

Michelson P. — Zu m capitel des hypertrichosis (Arch. f. pathol. Anat. Berl. 1885).

Reboul (J). — Homme velu. Présentation des photogr. du sujet et du moulage des arcades dentaires. Bull. soc. anthrop. de Paris 1807.

Schan. — Ein Fall fon spina bifda occulta mit hypertrichosis lumbalis. (Berl. Klin Wochenchr. 1894).

Sommer W. — Ein neuer Fall fon hypertrichosis circonscripta. Arch. f. path. anat. (Berl. 1885).

Stalpes. — Hypertrichosis und menstrual disorder. Tr. Jouva M. Soc. Dubuque 1896.

Also. — Un point de technique de l'épilation électrolytique (Ann. de Dermatol. et syph. Paris 1896).

Giovannini (S). — De la régénération des poils après l'épilation. Arch. f. Anat. werke. Bonn. 1890.

Oudin Barthelemy. — Note sur l'épilation par les rayons X (Ann. d'électrolog. Paris 1900).

IMPRIMERIE SPÉCIALE
de la Librairie OLLIER-HENRY
26 — *Rue Monsieur-le-Prince* — 26
PARIS (VI^e^)